Casuistische Beiträge zur Chirurgie des Magens.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Fakultät

der Königl. Universität zu Greifswald

am

Freitag, den 29. April 1887

Mittags 12 Uhr

öffentlich vertheidigen wird

Heinrich Hellenbroich

pract. Arzt

aus Serm in der Rheinprovinz.

Opponenten:

W. la Roche, cand. med.

J. Schoene, cand. med.

Greifswald.

Druck von Julius Abel.

1887.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154003_0087

Seinem lieben Vater
und
dem Andenken seiner theuren Mutter

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Die Zahl der Misserfolge, welche die Chirurgie in der voraseptischen Zeit bei Operationen an den Bauchorganen zu verzeichnen hatte, ist durch die Einführung der Antiseptik bedeutend eingeschränkt worden. Mag man nun auch zugeben, dass es sich in manchen Fällen neben der lokalen Erkrankung, welche eben in die chirurgische Behandlung kam, noch um eine Komplikation handelte, welche trotz der gut gelungenen Operation den Tod des Patienten herbeiführen musste, immerhin war doch ein grosser Procentsatz der Todesfälle auf eine ungenügende Asepsis zurückzuführen. Durch die Ausbildung der aseptischen Chirurgie haben sich jedoch die Verhältnisse wesentlich anders gestaltet, durch sie wurde auch die Furcht, welche man in der damaligen Zeit mit Recht vor der Eröffnung der Peritonealhöhle hatte, hinreichend beseitigt, so dass wir heutzutage Operationen mit Erfolg ausführen sehen, die zu unternehmen man in der vorantiseptischen Zeit fast für eine Tollkühnheit gehalten hat. Zu diesen Operationen gehört auch die Gastrostomie, d. i. die Anlegung einer Magenfistel.

Als Indikation zu derselben gelten heutzutage

hauptsächlich Strikturen des Oesophagus, sowohl narbige als auch carcinomatöse, deren tiefer Sitz die Oesophagostomie oder die resectio oesophagi nicht mehr gestattet.

Als den Schöpfer dieser Operation muss man mit Recht Sédillot ansehen. Schon im Jahre 1837 machte ein norwegischer Militärarzt, Egeberg, darauf aufmerksam, dass man im Falle einer tiefsitzenden und unnachgiebigen Striktur des Oesophagus eine Magenfistel anlegen solle, um durch dieselbe Nahrungsmittel in den Magen einzuführen. Er wies darauf hin, dass Magenwunden nicht absolut tötlich seien, wie dies aus Fällen, in welchen die an Thieren zu physiologischen Zwecken angelegten Magenfisteln lange Zeit ohne jede Störung ertragen wurden, deutlich hervorgehe. Aber erst die Erfahrungen, welche man an Menschen mit zufällig erworbener Magenfistel machte, lieferten den sichern Beweis, dass die Anlegung einer solchen doch nicht die Gefahren mit sich bringe, welche man ihr zuschrieb und gestützt auf diese Erfahrungen führte denn Sédillot im Jahre 1849 zum ersten Male diese Operation am Menschen aus. Und wenn auch der von ihm Operirte, ein schon äusserst entkräfteter Mann, welcher sich wegen carcinomatöser Striktur des Oesophagus der Operation unterzog, schon am ersten Tage nach derselben seinem Leiden erlag und wenn auch nach ihm noch eine Reihe von Fällen dasselbe Schicksal theilte, so liess man sich durch diese Misserfolge doch nicht mehr

davon abhalten, die Operation auszuführen, um den einem qualvollen Hungertode preisgegebenen Kranken eine relative Besserung zu verschaffen und ihr Leben um kurze Zeit zu verlängern. So wurde denn die Zahl der Fälle von Gastrostomie von Jahr zu Jahr grösser und eine von Jacobi im Jahre 1874 gegebene Statistik umfasst 15 Fälle, welche jedoch alle kurz nach der Operation tötlich endeten. Die Operirten starben theils an Erschöpfung, weil eben zu spät eingeschritten wurde, theils an Peritonitis. Den ersten dauernd geheilten Fall hat Verneuil aufzuweisen. Es handelte sich um einen 17jähr. Mann, der sich eine impermeable Aetzstriktur im Brusttheile des Oesophagus zugezogen hatte und bis aufs Aeusserste abgemagert war. Es führte die unter antiseptischen Cautelen vorgenommene Gastrostomie in 4 Wochen zur Heilung.

Kaiser giebt die Gesammtzahl der bis zum Jahre 1877 wegen Striktur ausgeführten Gastrostomieen auf 31 an, von welchen 3 genasen. Die von Samuel Gross im Jahre 1884 gegebene Statistik umfasst 207 Fälle von Gastrostomieen, von welchen 61 tötlich endeten.

Wir sehen also, dass die Resultate der Gastrostomie im Laufe der Zeit sehr viel günstiger geworden sind als früher und dass dieselben bedeutend günstiger sind im Vergleiche zu denen anderer am Oesophagus wegen Striktur ausgeführter Operationen, beweisen folgende von Gross angeführte Zahlen.

Es hatten:

1) von 207 Fällen von Gastrostomie 61 tötlichen Ausgang = 29,47 % mit einer durchschnittlichen Lebensdauer von 82 Tagen nach der Operation.

2) von 32 Fällen von Oesophagostomie 19 tötlichen Ausgang = 59,37 %. Die durchschnittliche Lebensdauer nach der Operation betrug 52 Tage.

3) von 19 Fällen von innerer Oesophagotomie 6 tötlichen Ausgang = 31,57 %. Die durchschnittliche Lebensdauer nach der Operation betrug 256 Tage.

4) Von 5 Fällen von combinirter Oesophagotomie 2 tötlichen Ausgang = 40 %. Die durchschnittliche Lebensdauer nach der Operation betrug 168 Tage.

5) von 5 Fällen von Oesophagektomie 3 tötlichen Ausgang = 60 %. Die durchschnittliche Lebensdauer nach der Operation betrug 50 Tage.

War man sich nun auch über die Berechtigung der Gastrostomie einig, da ja die Operation an sich nicht gefährlich sei, so herrschte doch in Betreff der Indikationen keine Uebereinstimmung. Gerne gab man diese Operation bei narbiger Oesophagus-Striktur zu, bei carcinomatöser Striktur räumten ihr jedoch viele Autoren keinen Platz ein. So erblickten z. B. Günther und Gallard im Carcinom eine förmliche Contraindikation zur Gastrostomie und noch im Jahre 1883 erklärte sich Faucon in seiner Arbeit „De la gastrotomie dans les cas de rétrécissement cancéreux d'oesophage“ gegen die Anlegung

einer Magenfistel bei carcinomatöser Oesophagus-Striktur. Sie erklärten es für irrationell, in solchen Fällen den Kranken für eine doch nur temporäre Hülfe eine solche Operation zuzumuthen. Freilich müssen wir zugestehen, dass der Eingriff in derartigen Fällen keine radikale, sondern nur temporäre Hülfe bringt. Wie oft werden nun aber nicht auch andere ebenso schwierige und nicht minder gefahrvolle Operationen ausgeführt, um eben solche vorübergehende Hülfe den Patienten zu verschaffen! Und nicht nur diese allein, unter Umständen vermag die Gastrostomie auch eine Verlängerung des Lebens zu erzielen. Der mit einer carcinomatösen Oesophagus-Striktur Behaftete ist ohne einen solchen Eingriff dem qualvollen Hungertode preisgegeben und einem solchen jähen Schicksal kann nur durch Anlegung einer Magenfistel vorgebeugt werden. Sobald dieselbe angelegt ist, fühlt sich der Kranke erleichtert, seine Kräfte, sein Körpergewicht nehmen zu, er vermag weiter zu leben, falls nicht eine Komplikation die gehegte Hoffnung vereitelt. Wenn wir nun die von Zesas gegebene Statistik nachsehen, so finden wir allerdings entmuthigende Resultate. Unter 129 wegen Carcinom Operirten befinden sich nur 18, welche die Operation noch Jahre lang überlebten. Berücksichtigt man aber auch die Todesursache, so findet man 36mal Erschöpfung, 10mal Pneumonie angegeben und man muss daraus schliessen, dass viele Patienten in Behandlung kamen, deren

Zustand ein solcher war, dass überhaupt keine Aussicht auf Erfolg mehr vorhanden war.

Anders steht jedoch die Sache bei narbiger Striktur. Bei Zesas erscheinen unter 31 wegen narbiger Striktur Operirten 11 als genesen. Es ist hierbei also die Mortalität geringer als beim Carcinom. Es kommt aber noch ein weiteres Moment hinzu. In manchen derartigen Fällen bereitet die Magenfistel dem Chirurgen einen Weg, vom Magen aus Sonden in die Speiseröhre einzuführen und von unter her die Striktur zu überwinden. Die Gastrostomie ist dann also nicht nur ein Mittel, um die Patienten am Leben zu erhalten, sondern auch eine Vorbereitungsoperation zur möglichen Ueberwindung und permanenten Erweiterung der Striktur und also geeignet, eine vollständige restitutio ad integrum zu erzielen. Aus allem diesem ist ersichtlich, dass die Aussichten auf Erfolg bei narbiger Striktur bedeutend besser sind als bei carcinomatöser, dass aber bei letzterer die Resultate günstiger ausfallen würden, wenn frühzeitig operirt würde. Letzteres Moment würde aber auch nach den Ansichten mancher Autoren noch einen günstigen Einfluss auf die die Striktur bedingende Geschwulst ausüben, insofern nämlich dieselbe durch möglichst frühe Ernährung von der Magenfistel aus vor den mechanischen Insulten der Speisen geschützt und dadurch ihr Wachsthum und Zerfall bedeutend verlangsamt würde.

Wenn nun auch heutzutage über die Berechti-

gung zur Gastrostomie im Bereich der oben aufgestellten Indikationen kaum noch eine Meinungsverschiedenheit herrscht, so ist man sich doch in manchen andern Punkten noch nicht einig. So ist namentlich die Frage, ob die Operation einzeitig oder zweizeitig ausgeführt werden soll, noch nicht entschieden. Wenn wir die von Vitringa im Jahre 1884 gegebene Statistik durchgehen, in welcher 93 antiseptisch ausgeführte Gastrostomieen wegen Oesophaguscarcinom und 27 wegen Narbenstriktur angeführt werden, so finden wir aus der ersten Gruppe von 63 zweizeitig Operirten 36 (57%), von 30 einzeitig Operirten 6 (20%) geheilt, dagegen aus der zweiten Gruppe unter 9 zweizeitigen Operationen sogar 6 (66%) Heilungen und unter 18 einzeitigen Operationen nur 8 (44%) Heilungen. Diese und noch mehrere andere Statistiken sprechen ganz entschieden für die zweizeitige Operation. Es lässt sich auch nicht leugnen, dass die zweizeitige Operation in mancher Beziehung von grossem Vortheil ist. Wartet man nämlich mit der Eröffnung des Magens, bis derselbe mit der Bauchdeckenwunde fest verlöthet ist, so ist nicht zu befürchten, dass der infektiöse Mageninhalt, sobald der Magen zur Anlegung der Fistel geöffnet wird, in die Peritonealhöhle eindringt.

Nach H. Petit hat es jedoch keinen Zweck, die Eröffnung des Magens einige Tage zu verschieben; vor dem 10. Tage könne man nicht mit Sicherheit auf feste Adhäsionen rechnen; dies beweise nament-

lich ein Fall von Langton, in welchem die Adhäsionen fehlten, obgleich der Magen erst am 10. Tage geöffnet wurde. Diesem stehen jedoch die zahlreichen Fälle gegenüber, in welchen schon am 2. oder 3. Tage feste Adhäsionen vorhanden waren. Nun muss man allerdings auch zugeben, dass viele Patienten in Behandlung kommen, welche einen Aufschub von 2 oder 3 Tagen nicht mehr ertragen können. Die zweizeitige Operation wird dann zwar eine grössere Sicherheit gegen das Eindringen von Mageninhalt in die Peritonealhöhle gewähren, sie verzögert aber auch die Ernährung des Patienten, lässt ihn noch mehr herunterkommen und verschlechtert auf diese Weise die Prognose der Operation ganz erheblich. Wie bei allen solchen operativen Fragen ist eine principielle Entscheidung immer vom Uebel. Man treffe daher die Wahl des Einschnittes je nach dem Falle. Wird die Gastrostomie noch früh genug unternommen, so mag sie in zwei Zeiten ausgeführt werden, droht Erschöpfung durch Nahrungsmangel, so operire man einzeitig. (Hueter-Lossen.) Auf die sonst noch bei der Operation in Betracht kommenden Einzelheiten kann ich hier nicht weiter eingehen; erwähnen will ich nur noch, dass der von Trendelenburg gegebene Rath, die Magenfistel möglichst klein anzulegen, heute noch mit Recht befolgt wird.

An diese kurzen Ausführungen will ich nun die Krankengeschichte eines Falles anschliessen, welcher

im Januar dieses Jahres auf der hiesigen chirurgischen Klinik von Herrn Prof. Dr. Helferich operirt wurde und will bei dieser Gelegenheit auf die Technik etwas näher eingehen.

Krankengeschichte.

Eduard Thr., Schneidermeister aus Stralsund, 63 Jahre alt, will bis 3 Wochen vor Weihnachten vorigen Jahres sich stets wohlgefühlt, von da ab plötzlich an Appetitlosigkeit gelitten haben, welche er einem Magenkatarrh zuschob. Er konsultirte in Stralsund einen Arzt, der ihm Pulver und Medizin verschrieb. Weihnachten stellten sich bei ihm Schlingbeschwerden ein, festere Speisen bekam er garnicht mehr herunter, Milch, Suppen konnte er zwar zu sich nehmen, brach sie aber kurze Zeit nachher wieder aus. Schmerzen in der Magengegend hatte Patient nicht, ebenso nicht beim Schlucken. Nachts hatte Patient starken Durst und nahm zur Stillung desselben Wein mit etwas Zucker und Wasser in kleinen Portionen, da er grössere Quantitäten nicht bei sich zu behalten vermochte. Etwa 8 Tage nach Weihnachten stellte sich auch Heiserkeit ein, welche nach seiner Meinung vom Trinken kalten Wassers gekommen sei. Da das Leiden immer schlimmer wurde, so suchte Patient auf das Anrathen des ihn behandelnden Arztes, welcher ihm erklärte, dass er an Magenmundverkleinerung leide, am 24. Januar dieses Jahres die Hülfe der hiesigen chirurgischen Klinik auf.

Die hier vorgenommene Untersuchung ergab folgende Befunde: Der ziemlich grosse, kräftig gebaute Mann hat ein leidendes Aussehen. Pat. ist ziemlich stark abgemagert; das Fettpolster ist gering, die Augen liegen tief, Runzeln überziehen die Stirn. Das Sensorium ist frei. Die Untersuchung der Lungen und des Herzens ergeben nichts besonderes. Die Magengegend ist eingesunken; sie ist auf Druck nicht schmerzhaft. Beim Sondiren des Oesophagus kommt man mit einer Sonde von 6 mm Durchmesser in einer Entfernung von circa 37 cm von den Zähnen an gerechnet auf ein nicht sehr hartes Hinderniss, welches mit Sonden kleineren Kalibers passirbar ist. Eine Sonde von 3 mm Durchmesser passirt ohne Widerstand. An der Sonde ist Schleim, bröcklich zerfallene graue Massen und wenig flüssiges und geronnenes Blut. Patient versetzt die Stelle des Hindernisses in die Tiefe des Brustraumes entsprechend der Höhe des proc. xiphoideus. Am 25. gelingt es nur noch, eine Sonde von 2 mm. Durchmesser passiren zu lassen. Einmal wurde nach der Sondirung circa 20 gr dunklen geronnenen Blutes erbrochen. Da Patient schon sehr heruntergekommen war, und die Ernährung vom Munde aus im höchsten Grade ungenügend war, so wurde ihm zunächst auch per clysma roborirende Nahrung zugeführt und da der Gedanke an eine Dilatation der Striktur überhaupt aufgegeben werden musste, so wurde dem Patienten die Gastrostomie vorgeschlagen, welche

dann auch mit seiner Einwilligung am 27. I. morgens $9^1/_2$ Uhr vorgenommen wurde.

Operation.

Unter antiseptischen Cautelen wurde ein 9 cm langer Schrägschnitt in der linken regio epigastrica ziemlich parallel dem Rippenbogen etwa 5 cm vom proc. xiph. entfernt beginnend geführt, welcher die Bauchdecke schichtweise bis auf das Peritoneum trennte. Hierauf wurde das Peritoneum mit einer Pincette gefasst und gespalten, worauf mit leicht schlürfendem Geräusch Luft in die geöffnete Peritonealhöhle einstürzte. Es wurden sodann 2 Seidenfäden in den oberen und unteren Wundwinkel eingelegt, tief, extraperitoneal, behufs späterer Verkleinerung der Wunde. Nachdem hierauf das Peritoneum durch 4 Seidensuturen mit der Haut vernäht war, fand ein Blick in die Bauchhöhle den Magen stark nach hinten und oben retrahirt, welcher sodann mittelst Finger und Pincette hervorgezogen wurde. Der Magen war stark contrahirt, so dass die vorliegende Partie von der grossen bis zur kleinen Curvatur höchstens 8 cm betrug. Derselbe wurde dann mittelst grosser Sicherheitsnadeln fixirt und durch 4 Nähte auf jeder Seite an die Bauchwand angenäht. Hierauf folgte Jodoformpulverung und Jodoformverband und zur Verhütung der Peristaltik Darreichung von 10 Tropfen Tinct. op. per clysma, welche an den folgenden Tagen wiederholt wurde. Am Tage nach der Operation fühlte sich Patient ziemlich wohl.

Seine Sprache war jedoch noch heiserer und lautloser als früher. Erbrechen, Husten trat nicht ein, so dass an den Magen-Bauchwandnähten keine Zerrung stattfand. Der ganze Verlauf an der Operationswunde war ein absolut reaktionsloser; die Temperatur war vollständig normal. Die Ernährung des Patienten mit kräftiger Kost geschah per clysma. Am zweiten Tage nach der Operation, am 29. I, war das Befinden des Patienten anfangs dasselbe, bis dann nachmittags unerwartet Collaps eintrat. Die Temperatur betrug 35,7°, der Puls war sehr klein und schwach, die Haut fühlte sich kalt an und so wurde denn an diesem Tage nachmittags 5½ Uhr zur Anlegung der Fistel geschritten. Es wurde in den Verband ein Fenster geschnitten und nachdem das angenähte Magenstück sich präsentirt, wurden noch zwei Seidensuturen zur Fixation desselben angelegt und mittelst Scheere der Magen geöffnet. Beim Eröffnen tritt ein fäculenter Geruch heraus. In diese Oeffnung wurde dann ein undurchlöchertes Drain gelegt und durch dasselbe Milch und Wein gegossen. Leider aber blieb der Zustand des Patienten trotz der Einführung von roborirender und excitirender Nahrung ein sehr trauriger. Patient war sehr unruhig. Kalte Schweisse bedeckten Stirn und Gesicht. Die Extremitäten waren kühl. Der Radialpuls war zeitweise nicht zu fühlen. Ueber der art. femoralis war der Puls sehr frequent, circa 130 in der Minute, dikrotisch, von sehr geringer Spannung. Bei Einfüh-

rung von Nahrung wurde noch mehrmals jener fäculente Geruch wahrgenommen. Bei Hustenstössen fand Regurgitation von bräunlicher Flüssigkeit statt. Nach der Nahrungszufuhr hatte Patient ructus. In solch elendem Zustande befand sich Pat. bis zur Nacht vom 29. zum 30. Januar, in welcher er gegen $2^3/_4$ Uhr seinem Leiden erlag.

Sektionsbericht.

Die von Herrn Prof. Dr. Grawitz am hiesigen pathologischen Institute vorgenommene Autopsie ergab folgendes:

Ziemlich grosser kräftig gebauter Mann. Haut weiss; mässiges Fettpolster. In der regio epigastrica etwas links von der Mittellinie dicht unterhalb des Rippenbogens befindet sich eine frische Laparotomiewunde von länglich ovaler Gestalt $3^1/_2$ cm, in der Länge, 2 cm. in der Quere messend, in deren Grunde man einen weichen, rundlichen Wulst durch zahlreiche Nähte fixirt findet. In der Bauchhöhle ist das Netz über die Dünndarmschlingen gelagert, beide sind an ihrer Oberfläche trocken. Bei genauerer Untersuchung zeigt sich, dass das vorher erwähnte angenähte Stück der vorderen Fläche des Magens entspricht, welche in der Mitte zwischen Cardia und Pylorus vorgezogen und an die Bauchwand angenäht ist.

Das Herz enthält ziemlich reichliches Fett auf der Oberfläche, beide Ventrikel enthalten reichlich

geronnenes Blut. Nach Herausnahme erweisen sich die Klappen als schlussfähig, der Klappenapparat ist zart. Die Muskulatur ist beiderseits braunroth und von mittlerer Dicke.

Beide Lungen sind im allgemeinen frei, nur mit dem Zwerchfell etwas verwachsen. Die Oberfläche ist in den oberen Partien glatt, glänzend, dagegen in den untern Abschnitten von mattem Aussehen und von einer zarten Fibrinschicht bedeckt. Das Lungengewebe ist von oben bis unten blutreich, in den Oberlappen lufthaltig; nach abwärts zeigen sich zahlreiche schlaffe broncho-pneumonische Heerde mit reichlicher Anhäufung eitrigen Sekretes in den dazu gehörigen Bronchien. Etwa in der Mitte des Oesophagus, an der Stelle, wo der linke Bronchus ihn kreuzt, findet sich ein Krebsgeschwür von länglich ovaler Gestalt, circa 7 cm lang, die ganze Circumferenz des Oesophagus einnehmend. Das Carcinom hat stark gewulstete Ränder, im Grunde ist es etwas vertieft, fühlt sich derb an. Seine Ränder sind blutreich. Ein ausserordentlicher Unterschied zeigt sich zwischen dem obern Theil des Oesophagus, welcher sehr dickwandig, dunkelblau und etwas dilatirt ist und dem untern Theile, welcher zahlreiche, kleine, submucöse Knötchen enthält, die sich bis gegen die Cardia längs der Lymphbahn hinziehen.

Der Magen ist sehr weich, fundus in saurer Erweichung, die Schleimhaut mit etwas Schleim bedeckt, blaugrau; an der Stelle, welche an die Bauch-

wunde angenäht ist, bemerkt man eine trichterförmige Einziehung ohne irgend welche Farbenveränderung. Die Leber ist klein, etwas atrophisch, sonst intakt.

Die Nieren zeigen ein dickes Fettpolster. Die Oberfläche der linken ist leicht uneben, die Rinde etwas verschmälert, schwach getrübt, grauroth. Die Marksubstanz ist ebenfalls klein, etwas blutreicher. Papillen fibrös, in den Kelchen stecken kleine Concremente. Die rechte Niere ist ebenso. Im Rektum befindet sich eine kleine, arrodirte Stelle oberhalb des Anus mit frischer diphtherischer Verschorfung. Die pathologisch-anatomische Diagnose musste demnach lauten: Carcinoma oesophagi. Strictura oesophagi carcinomatosa. Dilatatio ventriculi. Pneumonia catarrhalis. Bronchitis lobi inferioris utriusque. Pleuritis fibrinosa. Nephritis interstitialis Atrophia hepatis.

Wenn wir nun unsern Fall etwas näher betrachten, so finden wir, dass wenn der Patient auch nicht an dem plötzlichen Collaps zu Grunde gegangen wäre das Leben des Patienten doch nicht lange mehr hätte bestehen können. Denn die durch die Sektion aufgedeckten Veränderungen der innern Organe waren doch zu hochgradig als dass sie Patient noch länger hätte ertragen können. Unerwartet trat allerdings der Collaps ein, da die Erschöpfung des Patienten doch noch nicht so weit vorgeschritten war, dass man ihn in so kurzer Zeit hätte erwarten können. Selbstverständlich hätte man vorher, etwa gleich primär

auch die Eröffnung der Magenwand vorgenommen. Wie unerwartet aber ein solcher Collaps eintreten kann, zeigt auch ein Fall, welcher im November vorigen Jahres zur Beobachtung kam. Es handelte sich um eine 53jährige Patientin, welche wegen eingeklemmten Leistenbruches am 7. November 1886 operirt war mit Anlage eines anus praeternaturalis Der Verlauf war den Wünschen entsprechend, indem sich die Patientin erholte, so dass man schon an die Heilung des widernatürlichen Afters denken konnte. 15 Tage nach der Operation collabirte die Patientin plötzlich und am 22. November 1886 morgens 6 Uhr trat unerwartet der Tod ein.

Die Sektion ergab, dass zwischen dem Magen und dem anus praeternaturalis ein nur wenig mehr als ein Meter langes Darmstück lag, so dass natürlich die Ernährung eine unzureichende sein musste.

Was ferner in unserm Falle den oben erwähnten üblen Geruch angeht, so war derselbe ohne Zweifel jauchigen Ursprunges und stammt vom Krebsgeschwüre. Sehr zweckmässig war die Einlegung der beiden Seidenfäden in den obern und untern Wundwinkel. Schon Trendelenburg hat darauf hingewiesen, dass eine zu grosse Magenfistel bei der Nachbehandlung grosse Missstände nach sich ziehe. Es war daher nothwendig die Bauchwunde soweit zu verkleinern, dass doch schliesslich nur eine verhältnissmässig kleine Fistel übrig blieb. Wenn nun auch unser Fall in die Reihe derjenigen gestellt

werden muss, welche die Operation nicht lange überlebten, so ist dies doch noch kein Gegenbeweis für die Berechtigung der Gastrostomie, unser Fall zeigt uns vielmehr wieder deutlich, wie absolut reaktionslos solche Operationen verlaufen und wie auf diese Weise nur einzig und allein die Möglichkeit einer regelmässigen Ernährung bei Unwegsamkeit des Oesophagus gegeben wird.

Im Anschluss hieran erlaube ich mir noch die Krankengeschichte eines Falles mitzutheilen, welcher im vorigen Jahre ebenfalls von Herrn Prof. Dr. Helferich auf der hies. chirurg. Abtheilung behandelt wurde und in seinen Einzelheiten erwähnt zu werden verdient.

Frau Br., 36 Jahr alt, aus Stralsund, will mit Ausnahme eines vor 3 Jahren überstandenen Blasenkatarrhs keine nennenswerthe Krankheiten durchgemacht haben. Ungefähr seit Juni 1886 bestand bei ihr eine merkliche Verdauungsstörung, infolge dessen ihre Kräfte bedeutend abnahmen. Der Stuhlgang war während dieser Zeit ziemlich regelmässig. Nach Aufnahme, namentlich konsistenter Speisen hatte Pat. oft Erbrechen, weniger nach flüssiger Nahrung. Auch nahm die Brechneigung zu, wenn sie das Bett verliess. Sie gab mit Bestimmtheit an, dass sie eine ziemlich harte und etwas bewegliche Geschwulst in der Magengegend fühlte, welche nach rechts unter die Leber verschiebbar war. An dieser Stelle hatte Pat. brennende und stechende Schmerzen,

welche bei aufrechter Körperhaltung stärker auftraten als bei liegender. Das Erbrechen war stark sauer. Auch litt Pat. häufig an Soodbrennen. Da der Zustand immer schlimmer wurde, so liess sich Pat. am 11. November 1886 in die hies. Königl. Universitäts-Klinik aufnehmen. Die hier vorgenommene Untersuchung ergab folgendes: Pat. war eine ziemlich schwächliche Person und stark abgemagert. Die Untersuchung von Herz und Lungen ergab nichts abnormes. Die Magengegend war namentlich auf Druck sehr schmerzhaft. Durch Palpation wurde in der Gegend des Pylorus ein etwas länglicher, etwa gänseeigrosser, beweglicher Tumor konstatirt. Derselbe hatte eine harte Consistenz, glatte Oberfläche lag ziemlich horizontal mit seinem grössten Durchmesser in der Bauchhöhle und liess sich nach rechts verschieben. Es wurde die Diagnose auf carcinoma pylori gestellt, da mit Sicherheit angenommen werden musste, dass der Tumor dem Pylorus angehörte, da ferner die bedeutenden Schmerzen an dieser Stelle, das Erbrechen nach dem Genusse konsistenter Speisen und die beträchtliche Abmagerung der Patientin dafür sprachen. Es wurde nun der Patientin, da sie schon sehr heruntergekommen war, der Vorschlag gemacht, die Geschwulst auf operativem Wege zu entfernen und mit ihrer Einwilligung wurde am 13. November zur Operation geschritten. Es wurde ein Längsschnitt gemacht, welcher etwa 6 cm unterhalb des proc. xiphoideus beginnend bis in die Nähe des

Nabels reichte und die Bauchdecke schichtweise bis aufs Peritoneum trennte. Nach sorgfältiger Blutstillung durch circa 8 Ligaturen wurde die Peritonealhöhle eröffnet. Es lag nun in der Wunde der linke Leberlappen und unter ihm ein Darmtheil vor, der sich bei näherer Untersuchung als der verdickte Pylorus erwies. Es wurde nun mittelst eingeführter Finger der übrigens bewegliche Pylorus theilweise hervorgezogen und es ergab sich, dass der Tumor die ganze Circumferenz des Pylorus einnahm, und ihn etwa in der Länge eines Fingers strikturirte.

Es hätte nun nahegelegen, die Geschwulst operativ zu entfernen. Aber gleichzeitig wurde auch erkannt, dass die Neubildung sich nicht nur auf den Pylorus beschränkte, sondern auch noch an der kleinen Curvatur bis an die Cardia hinaufreichte und dass ferner auch das Netz von metatastischen Krebsknoten vollständig besetzt war. Damit verbot sich selbstverständlich jeder Versuch einer resectio pylori, vielmehr versuchte Herr Prof. Helferich durch Invagination mittelst Fingers sowohl vom Duodenal- wie vom Magen-Ende aus in die verengte Stelle einzudringen und dadurch eine Dehnung derselben zu erzielen. Es gelang ihm auf diese Weise in der That, ohne eine einzige Incision eine Erweiterung des Pylorus herbeizuführen. Durch tiefgreifende Knopfnähte und durch oberflächliche, fortlaufende Seidennähte wurde die Bauchhöhle geschlossen und ein antiseptischer Verband angelegt. Die Heilung

der Bauchwunde ging ohne Störung vor sich, am 20. November wurden die Nähte herausgenommen, die Wundwunde heilte per primam.

Was nun den Erfolg des eben geschilderten Verfahrens anlangt, so fiel derselbe zur grössten Zufriedenheit aus. Das Allgemeinbefinden der Patientin besserte sich bedeutend. Der Brechreiz verschwand. Spontane Schmerzen in der Magengegend traten nicht mehr auf. Der Stuhlgang war von der Zeit an regelmässsig. Die Ernährung mit flüssiger Kost liess nichts zu wünschen übrig. Pat. konnte ohne Beschwerden das Bett verlassen. In einem solch gebesserten Zustande konnte sie dann am 24. Novem-, ber nach Hause entlassen werden, wo sie nach 4 Wochen starb. Die Autopsie wurde nicht gemacht sodass also die eigentliche Todesursache unbekannt blieb. Jedenfalls aber verdient das eben geschilderte Verfahren entschieden Nachahmung in solchen Fällen, wo bei carcinomatöser Pylorusstenose die allgemeine Carcinose soweit vorgeschritten ist, dass an eine Pylorusresektion nicht mehr zu denken ist. Denn mag auch das Grundleiden selbst nicht geheilt werden, immerhin vermögen wir aber dadurch den Patienten eine relative Besserung zu verschaffen und ihnen ihr Leiden erträglicher zu machen.

Zum Schluss sei es mir gestattet, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. Helferich, für die Anregung und Unterstützung bei dieser Arbeit meinen tiefgefühlten Dank auszusprechen.

Literatur.

Sédillot: „Traite de méd opér". II. p. 272. Gaz. de Strasbourg. 12. 1849.
Jacobi: Med. Journ. New-York. Aug. and Sept. 1874.
Gross: Amer. Journ. of. med. Sc. CLXXV. p. 58. July 1884.
Verneuil: Gaz. de Paris. 44. 1876.
Kaiser: Beiträge zu den Operationen am Magen in Czerny's Beiträgen zur operativen Chirurgie. Stuttgart 1878.
Zesas: Ueber die Gastrostomie. Arch für kl. Chir. XXXII.
Vitringa: Over Gastrostomien 1884.
Petit: L'Union. 1879.
Trendelenburg: Arch. für kl. Chir. Band XXII. p. 227.
Hueter-Losseu: Grundriss der Chirurgie.
Faucou: „De la gastrotomie dans les cas de rétrécissement caucéreux d'oesophage". Bull. de la Soc. de Chiruro. 1 Aout 1883.

Thesen.

I.

Bei länger bestehendem Empyem ist die resectio costae der Incision mit nachfolgender Drainage der Pleurahöhle vorzuziehen.

II.

Bei bronchitis capillaris der Kinder ist mit der Darreichung eines Emeticums nicht lange zu zögern.

III.

Die Hand ist das beste Mittel zur Reposition der Nabelschnur.

Lebenslauf.

Heinrich Ferdinand Hellenbroich, Sohn des Lehrers Constantin Hellenbroich und dessen Ehefrau Anna Sibilla geb. Mosch, kath. Confession, wurde am 23. Februar 1861 zu Serm in der Rheinprovinz geboren. Den ersten Unterricht genoss er in der Schule seines Vaters. Von Herbst 1873 bis Ostern 1876 besuchte er die Rektoratschule zu Uerdingen, von da ab bis Ostern 1882 das Königl. Gymnasium zu Neuss. Von hier mit dem Zeugniss der Reife entlassen, bezog er die Universität Greifswald, wo er von dem damaligen Rektor magnificus, Herrn Prof. Dr. Landois immatrikulirt und vom Dekan der medizinischen Fakultät, Herrn Geh. Rath Prof. Dr. Mosler in das Album der medizinischen Fakultät eingetragen wurde. Am 9. Mai 1884 bestand er das Tentamen physicum, am 7. April 1887 die medizinische Staatsprüfung und am 18. April desselben Jahres das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten:

Prof. Arndt. Geh. Rath J. Budge. Prof. A. Budge. Dr. Beumer. Prof. v. Feilitzsch. Prof. Gerstaeker. Prof. Grawitz. Geh. Rath Grohé. Prof. Haeckermann. Prof. Helferich. Prof. Krabler. Prof. Landois. Prof. Limpricht. Dr. Löbker. Geh. Rath Mosler. Geh. Rath Münter. Dr. Peiper. Geh. Rath. Pernice. Prof. von Preuschen. Prof. Rinne. Prof. Schirmer. Dr. Schondorff. Prof. Schulz. Prof. Sommer. Dr. Strübing. Prof. Vogt.

Allen diesen hochverehrten Herren Lehrern spricht Verfasser an dieser Stelle seinen aufrichtigsten Dank aus.